**Proposition d’AMélioration (PAM)**

**pour les institutions membres du Réseau**

Ce formulaire permet aux professionnels de reporter les événements qui entravent la qualité de la prise en charge des usagers et la collaboration entre partenaires ou suggérer des améliorations de fonctionnement.

Il s’inscrit dans une démarche positive et constructive qui vise à identifier les dysfonctionnements, en comprendre l‘origine et mettre en œuvre des actions préventives/correctives (cf. [Marche à suivre pour les PAM](https://www.reseau-sante-haut-leman.ch/system/files/procedure_pam.pdf)).

**Envoi du formulaire** : par courriel en **format Word** :

* au référent qualité de l’institution concernée (cf. [Liste des référents qualité](https://www.reseau-sante-haut-leman.ch/system/files/20221014_liste_des_referents_qualite_0.pdf))
* copie pour suivi au référent qualité de votre institution + au RSHL ([pam@rshl.ch](mailto:pam@rshl.ch))

**Annonce** (à remplir par l’institution émettrice)

|  |  |
| --- | --- |
| Date de l’événement : |  |
| Nom et prénom de l’émetteur/Institution : | / |
| Institution réceptrice/Service (si pertinent) : | / |
| Nom, prénom & date de naissance du patient (si pertinent) : |  |

|  |
| --- |
| **Description brève de l’événement :** |
| L’événement a eu un impact sur :  le résident/patient/client/usager  le proche aidant  I’institution émettrice  I’institution réceptrice  Evénement récurrent :  oui  non |

|  |
| --- |
| **Proposition d’amélioration :** |

**Traitement** (à remplir par l’institution réceptrice)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom(s) et prénom(s) du/des responsable(s) du traitement/Fonction | / |

|  |
| --- |
| **Analyse :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Action(s) mise(s) en œuvre :** | | |
| Mesure(s) préventive(s)/corrective(s) | Responsable(s) du/des action(s) | Délai(s) de mise en œuvre |
|  |  |  |